

Monográfico de pared abdominal en Cirugía Mayor Ambulatoria

Manejo de la hernioplastia tipo transabdomino preperitona (TAPP) en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria

Management of type hernioplasty transabdomino preperitone (TAPP) in Major Outpatient Surgery regimen

Navarro Morales L¹, Licardie Bolaños E², Moreno Suero F³, Morales Conde S⁴, Suárez Grau JM³

¹Hospital Quiron Sagrado Corazón. Sevilla.

²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

³Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

⁴Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Palabras Clave: Hernia inguinal, hernia inguinal laparoscópica, abordaje Transabdomino pre-peritoneal.

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopic inguinal hernia, preperitoneal transabdomino approach.

INTRODUCCIÓN

La CMA ha ido creciendo en los sistemas sanitarios como un modelo de gestión que introduce múltiples ventajas, tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

A sabiendas que la reparación quirúrgica de la hernia inguinal es una de las intervenciones regladas realizadas con mayor frecuencia en los servicios de Cirugía General, el abordaje laparoscópico de la misma, ha demostrado ser eficaz para la reparación de la hernia inguinal bilateral o recidivada, ofrece una recuperación precoz y menos dolorosa comparada con el abordaje abierto y garantiza una tasa de recurrencia similar, por lo que es considerada un gran futuro como procedimiento "gold estándar". Pero, a pesar de eso no existen claras ventajas del abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP) sobre el totalmente preperitoneal (TEP), aunque el primero, ha demostrado ser el más reproducible, presentando una menor curva

de aprendizaje, aunque presenta más posibilidades de desarrollar hernias post-trócar. Con todo, parece que el TAPP laparoscópico podría ser superior al TEP en algunos casos:

Tendremos en cuenta un abordaje TAPP en las hernias de urgencia, una hernia que se encuentra encarcerada, se beneficia de un abordaje transabdominal puesto que por un lado nos permite garantizar la adecuada conservación del asa herniada y por otro, facilita su reducción respecto al abordaje preperitoneal. Otras de las ventajas del TAPP radica en los pacientes con antecedentes de cirugía previa en el espacio preperitoneal, como ejemplo la cirugía de la prostatectomía o la recidiva herniaria de un TEP previo, donde vamos a encontrar un espacio preperitoneal con fibrosis y el abordaje mediante TEP podría favorecer la ruptura del peritoneo durante su disección, así como la dificultad propia de encontrarnos en un plano muy adherido. De igual forma nos encontramos cuando existe una incisión previa tipo Pfannestiel, por la misma razón. Otros de los escenarios en los que elegimos un abordaje TAPP sobre el TEP, son las hernias inguino-escrotales grandes o los pacientes obesos con mucho panículo adiposo suprapúbico. El abordaje TEP implica una campana de neumoperitoneo menor puesto que el espacio en el que trabajamos es menor, con respecto a la cavidad abdominal, parece lógico pensar que reducir una hernia grande en un espacio pequeño puede ser más difícil.

Finalmente, las hernias inguinales en el sexo femenino, pudiéndose también discutir su preferencia como una contraindicación relativa al TEP en mujeres. El motivo radica en el ligamento redondo uterino, que durante la disección del plano preperitoneal con o sin ayuda del balón, puede disecar el peritoneo rompiéndolo y dificultando el procedimiento.

CORRESPONDENCIA

Laura Navarro Morales
Hospital Quiron Sagrado Corazón
41940 Tomares, Sevilla
lnavarrom@live.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Navarro Morales L, Licardie Bolaños E, Moreno Suero F, Morales Conde S, Suárez Grau JM. Manejo de la hernioplastia tipo transabdomino preperitona (TAPP) en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir Andal*. 2024;35(2):125-126. DOI: 10.37351/2024352.13

Debido a las limitaciones de costes y a las necesidades de camas hospitalarias, asociado a las peticiones de los pacientes, la cirugía de la hernia inguinal se realiza cada vez más en entornos de cirugía mayor ambulatoria, y la técnica laparoscópica ha demostrado ser segura y factible con este tipo de circuitos.

Muchos son los factores a tener en cuenta para el desarrollo de la Hernioplastia inguinal laparoscópica en CMA:

-Debemos conocer y saber identificar de manera correcta el tipo de hernia: hernias tipo L1-2 o M1-2.

-Tipo de paciente: Es clave la correcta selección del paciente, excluyendo ASA III y obesidad. Así como una exclusión relativa, los pacientes con cirugías previas abdominales en la zona infraumbilical que pueden hacer fracasar el procedimiento.

-Selección del tipo de técnica: TEP o TAPP según preferencia del cirujano o contraindicaciones relativas a la misma.

-Protocolización de la analgesia: pautas para la analgesia y antieméticos para lograr una gran mejora en unas pocas horas después de la cirugía. Es necesario aplicar los tratamientos de forma rigurosa durante las primeras 4-6 horas tras el procedimiento, ya que condicionará la recuperación del paciente.

-El bloqueo TAP (plano transversal abdominal) es útil en la reducción del dolor agudo postoperatorio y del consumo de opiáceos en hernioplastia inguinal.

Es por ello, que la hernia inguinal laparoscópica y concretamente la transabdomino preperitoneal, tipo TAPP, es una buena candidata al régimen ambulatorio.

CASO CLÍNICO

Presentamos a continuación el caso de un varón de 54 años de edad que refiere molestias a nivel inguinal izquierdo desde hace un mes. El paciente aporta en consulta una ecografía realizada en otro centro que constata la presencia de una hernia inguinal izquierda de contenido intestinal. A la exploración presenta hernia inguinal que protruye al valsalva, sin presencia de contralateralidad.

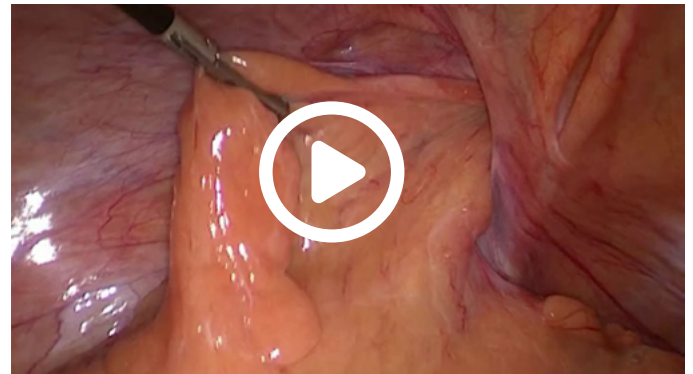
Se decide una hernioplastia inguinal laparoscópica tipo TAPP unilateral izquierda, dada la sospecha de cierta incarceration herniaria.

Con el paciente en decúbito supino y los brazos pegados al cuerpo el cirujano se pone en el lado contralateral al que presenta la hernia el paciente, se realiza pneumoperitoneo en hipocondrio izquierdo con una presión de 15mmHg, y se colocan tres puertos (11 mm de ombligo, 5 mm de flanco izquierdo y derecho). Se revela el defecto herniario, que en ocasiones puede contener un asa de intestino introducida en el saco. A unos 4 cm del anillo herniario procedemos a la apertura del flap peritoneal con tijera. Una forma sencilla de realizarlo es mediante un pequeño toque con la misma para que el mismo pneumoperitoneo se introduzca facilitando a posteriori dicha maniobra.

Abordamos inicialmente el espacio de Bogros o espacio lateral, realizando una disección roma, como referencia tendremos que observar el músculo psoas y los nervios cutáneo femoral lateral, cutáneo femoral anterior y la rama genitofemoral del nervio femoral. Medialmente la disección se aborda hasta encontrarnos con el ligamento de Cooper.

Una vez tenemos discados los dos espacios, procedemos a la disección propiamente de la hernia, identificando en el caso de las mujeres, el saco herbario y el ligamento redondo el cuál podemos sectionar. Una vez reducido completamente el saco y teniendo identificada la visión crítica de seguridad, se procede a la colocación de la malla. En este caso, se utiliza una malla compuesta de PVDF, y la fijación de la misma con pegamento en gotas glubran aplicado con dispositivo tipo glutack.

Finalmente procedemos al cierre del flap peritoneal con una sutura larvada 3/0 de forma continua.



CONCLUSIONES

Los procedimientos de reparación de hernia inguinal laparoscópica se consideran seguros y efectivos en régimen de CMA individualizando los pacientes. La evidencia apoya la idea de que la mayoría de pacientes son candidatos a este tipo de cirugía pudiendo ser dados de alta de forma precoz sin mayor número de complicaciones ni dolor.